



Pós-Graduação em  
**Atenção Básica  
em Saúde da Família**



FIOCRUZ  
UNIDADE CERRADO PANTANAL

**ELIETYS GOMEZ QUINTANA**

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MÃES DE CRIANÇAS  
MENORES DE CINCO ANOS SOBRE AS INFECÇÕES  
RESPIRATÓRIAS AGUDAS

CAMPO GRANDE / MS  
2015

**ELIETYS GOMEZ QUINTANA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MÃES DE CRIANÇAS  
MENORES DE CINCO ANOS SOBRE AS INFECÇÕES  
RESPIRATÓRIAS AGUDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Federal do Mato Grosso do  
Sul como requisito para obtenção do título de  
Especialista em Atenção Básica em Saúde da  
Família.

Orientador (a): Prof.<sup>(a)</sup> Cristiany Incerti de Paiva  
Rodrigues.

**CAMPO GRANDE / MS.  
2015**

## **DEDICATÓRIA**

À meu pai, minha mãe, meu filhos, meu marido, pelo amor, apoio e incentivo.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que me proporciona na vida, por iluminar e abençoar minha trajetória.

Aos meus amados pais Ramão e Ana Celia, a quem devo a vida, que me deram educação, uma profissão, que com amor e carinho ensinaram-me a construir um futuro digno, os quais amo muito, pelos exemplos de conduta e para me apoiar em todos os sentidos e ajudar incondicionalmente no cuidado das minhas crianças, de minha casa, e, assim, garantir que eu possa estar no Brasil para a realização deste projeto.

Aos meus filhos preciosos, meus dois amores Eliecer e Eiler, por serem tão compreensivos, sem os quais não teria sentido a luta e as vitórias.

À meu marido Antonio, companheiro e colega de todas as horas, pelo amor, dedicação e paciência ajudando-me em todos os momentos.

À orientadora e professora Cristiany Incerti, muito obrigada pela orientação, paciência, apoio e conhecimento transmitido.

À minha Equipe de saúde, pela colaboração, ideias, sugestões, disponibilidade e ajuda.

À Secretaria Municipal de Saúde, pela autorização para a realização deste projeto.

Às mães deste estudo, pela solidariedade e permissão do auxílio, sem elas nada teria começado, seria só a vontade.

À todas as pessoas que me ajudaram a chegar neste dia, fornecendo dados, informação e cooperação solicitada, permitindo aumentar as habilidades para subir um degrau na minha vida, como um objetivo na minha carreira.

À todos.

Muito Obrigada.

## EPÍGRAFE

*“Garantir a vida das crianças, é uma missão importante. A humanidade deve à criança o melhor que pode oferecer, porque as crianças são o futuro da humanidade.”*

Fundo das Nações Unidas para a Infância.

(UNICEF).

## RESUMO

Se realizou um projeto de intervenção educativa com o objetivo de avaliar os conhecimentos sobre as infecções respiratória aguda (IRA) em mães com crianças menores de 5 anos pertencentes à ESF Urbano, da unidade básica de saúde, localizada no município de Rio Negro, MS, no período de 15 de julho à 15 de dezembro de 2014, para o qual obteve-se uma mostra aleatória de 40 mães, predominando o grupo de idade de 15 – 24 anos, ensino fundamental, donas de casa e outras variáveis relacionadas às infecções respiratórias agudas. Foi observado que o desconhecimento sobre o assunto era evidente. Após a coleta dos dados primários obtidos, iniciou-se a capacitação para as mães sobre o tema, aplicado um questionário antes e após as intervenções e comparados. Os resultados obtidos demonstraram-se favoráveis. Recomenda-se para manter um sistema ativo de intervenção comunitária sobre as infecções respiratórias agudas em atenção primária e dar continuidade ao projeto à partir de uma visão mais holística para alcançar uma redução da morbidade e mortalidade por infecções respiratórias agudas da comunidade, área de saúde, município e país e assim, contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde, sendo na prática que a verdadeira medicina não é a que cura, mas a que previne.

## **ABSTRACT**

If held an educational intervention project in order to assess your knowledge of the acute respiratory infections (ARI) in mothers with children under 5 years old who will Urban ESF, the basic health unit, located in the municipality of Rio Negro, MS, in the period from July 15 to December 15, 2014, for which we obtained a random sample of 40 mothers, predominantly the age group 15-24 years primary school, housewives and other variables related to infections acute respiratory. It was observed that ignorance on the subject was evident. After the collection of primary data, began training for mothers on the subject, a questionnaire before and after the intervention and compared. The results showed favorable. It is recommended to maintain an active community intervention system on acute respiratory infections in primary care and to continue the project starting from a more holistic view to achieving a reduction in morbidity and mortality from acute respiratory infections in the community, health, city and country and thus contribute to the improvement of health indicators, and in practice the real medicine is not the healing, but it prevents.

## SUMÁRIO

<b>1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.</b>	<b>8</b>
1.1 Introdução.	8
1.2 Objetivos: Geral e Específicos (se houver os últimos).	12
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.</b>	<b>13</b>
<b>3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.</b>	<b>19</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.</b>	<b>30</b>
<b>APENDICE.</b>	<b>34</b>



## 1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

As infecções respiratórias agudas (IRA) são um grupo complexo e heterogêneo de doenças com grande diversidade epidemiológica, causadas por diferentes germes que afetam o sistema respiratório<sup>1</sup>. Estas doenças impõem um enorme fardo sobre as populações vulneráveis, embora erroneamente, não são reconhecidos como uma ameaça coletiva global, por isso, com razão, foram definidas por Mulholland como a "pandemia esquecida"<sup>2</sup>. Elas representam a causa mais comum de consulta pediátrica e hospitalização<sup>3</sup>. Nesta época em que as doenças emergentes e re-emergentes recebem mais atenção da comunidade científica, são um importante grupo de alta morbidade e baixa mortalidade, e representam uma causa frequente de incapacidade de trabalho e escolar com grande impacto econômico. Estas duas condições em conjunto com as doenças diarreicas e a desnutrição são as principais causas de morte em crianças nos países subdesenvolvidos<sup>4</sup>.

As IRAS são a causa dos 30 a 40% das consultas, e de 20 a 30% de todas as hospitalizações em países. São causadas por mais dos 80% dos casos pelo vírus, sendo o vírus sincicial respiratório o mais comum, a influenza A e B, para influenza, rinovírus, adenovírus e coronavírus<sup>5</sup>. Também o vírus do sarampo é comum em pacientes não imunizados. Às vezes, eles estão associados a uma síndrome específica, como por exemplo, sincicial respiratório com a bronquiolite e para influenza 1 e 2 com o Crup<sup>6</sup>. No entanto, a mesma síndrome pode ser causada por vários agentes, e ao próprio agente provoca uma grande variedade de diferentes síndromes. Um número significativo de crianças que o vírus é a origem da infecção grave, a qual pode resultar em morte, ou, mais geralmente, a infecção viral pode ser complicada por uma infecção bacteriana, especialmente nos países do terceiro mundo, em que crianças menores de 5 anos, especialmente aqueles com fatores de risco significativos são mais propensos a pegar pneumonia e morrer<sup>7</sup>. O 90% das mortes por IRA são causadas por pneumonia bacteriana, e, principalmente, para duas sementes: Pneumonia e H influenzae<sup>8-9</sup>.

Ao contrário das Doenças Diarreicas Agudas (DDA) que produzem aumento da morbidade e deficiência em países do terceiro mundo, o IRA afeta igualmente todos os países e todas as idades, na maioria dos países, estima-se que a maioria das crianças menores de 5 anos tem entre 4 e 8 episódios de IRA por ano, a diferença entre as crianças nos países desenvolvidos e em desenvolvimento não reside no número de episódios, mas em gravidade, e é contrair pneumonia e morrer no curso de uma IRA<sup>10</sup>. A mortalidade é um índice das manifestações mais graves da IRA e essas mortes também fornecem um indicador do nível geral de cuidados de saúde. Embora a magnitude da

mortalidade por pneumonia nos países em desenvolvimento tem sido reconhecida, as instituições internacionais geralmente se referem a doenças diarreicas e desnutrição, independentemente muitas vezes a pneumonia e broncopneumonia fazem parte do círculo vicioso de infecção diarreica, desnutrição e respiratórias agudas<sup>11</sup>. Desde 1976 Jelliffe refere-se a pneumonia entre as doenças exterminadora da infância com a doença diarreia aguda e desnutrição protéico-energética<sup>12</sup>.

Em 1980, o UNICEF informou que o número de crianças menores de 5 anos com infecções respiratórias agudas foi de 554 milhões, estimando-se que 10 milhões deles morreram no primeiro ano de vida e outro 4-6 milhões morreram entre 1 e 4 anos, com uma taxa de 120/1000 nascidos vivos. Em 1997, a taxa caiu para 88/1000 nesta idade o que aparentemente foi um progresso, no entanto, a população de 554 milhões nos 80 tornou-se a 610 milhões nos 97, então o número total de mortes se manteve números semelhantes<sup>13</sup>. A OMS em seu relatório sobre a Saúde Mundial estimou em 2012 ocorreram cerca de 5 milhões de mortes com menos de 5 anos de idade no mundo, o 73% delas ocorreram no primeiro ano de vida, sendo pneumonia a segunda causa de mortalidade (15%), precedido apenas pela prematuridade<sup>14-15</sup>.

As reservas são em torno de 156 milhões de pneumonia a cada ano no mundo, dos quais o 97% ocorrem em países em desenvolvimento. Enquanto aos países desenvolvidos a pneumonia representa apenas o 3% de todas as mortes, no resto do mundo, o que representa o 20%<sup>16</sup>. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) definiu pneumonia como o principal "assessino" global das crianças: 1,6 milhões de crianças menores de 5 anos morrem anualmente por pneumonias<sup>17</sup>. Na América Latina, 14% das crianças menores de 5 anos morreram devido à pneumonia (cerca de 150 000 mortes por ano), mas esta incidência é de 10 vezes a de os países desenvolvidos<sup>18</sup>. Estes dados mostram grandes diferenças socioeconômicas existentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, em 2012, a OMS estima uma taxa de mortalidade infantil de 6/1000 nascidos vivos nos países desenvolvidos, 0.1/1000 correspondem ao IRA, enquanto nos países com menor nível de desenvolvimento relatou uma taxa de 82/1000 nascidos vivos, 15/1000 são causadas por pneumonia<sup>19</sup>.

A cada ano cerca de 150 mil crianças menores de 5 anos morrem na América Latina por IRA, deles 100 000 são menores de um ano. A investigação interamericana de mortalidade na infância mostrou que dos 35 065 mortes estudadas em 15 projetos nas Américas, 5741 ocorreu como a causa pneumonia subjacente, representando 16,3% e 10.299 tiveram esse elemento associado e aumentado no 29,3%. Isso faz com que a IRA ocupar a causa mais importante como causa básica de morte nestes países. Como no resto do mundo, as pneumonias contribuir entre 80 e 90% das mortes por IRA. Embora as taxas de mortalidade tenham diminuído nos últimos anos, eles continuam a

ser uma demonstração tangível da magnitude do problema causado pela IRA, e não são mais do que um reflexo da vida das massas despossuídas em países terceiro mundo, que estão contribuindo a maioria destas mortes devido a condições insalubres, a negligência da saúde, a fome, a pobreza e a ignorância em que essas nações estão afundando como resultado da injustiça econômica e social<sup>20</sup>.

Na América Latina e Caribe, entre 1990 e 2009, a taxa de mortalidade infantil reduziu-se 66% (de 42 para 14,8/1.000 nascidos vivos). Contudo, a média regional esconde diferenças de até 50 pontos entre países. Assim, as menores taxas correspondem a Cuba e ao Canadá (4,8 e 5,1, respectivamente) e as maiores, ao Haiti e a Bolívia (57 e 50, respectivamente). O número global de mortes entre crianças menores de 5 anos de idade foi de 8,8 milhões em 2008, correspondendo a 24.000 mortes por dia. No período de 1990-2008, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos diminuiu 28% no mundo e 61% no Brasil. As mortes por pneumonia de 1991-2007 diminuíram 74% entre bebês e 56% entre crianças de 1-4 anos no Brasil<sup>21-22</sup>.

No Brasil, a pneumonia é responsável por cerca de 5% das mortes entre menores de 5 anos e há 4 milhões de casos de pneumonia infantil a cada ano<sup>23</sup>.

O Brasil é um dos 15 países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de 5 anos (1,8 milhão), com incidência estimada de 0,11 episódio/criança- ano. Nesse grupo, 30 a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e 10 a 15% dos óbitos são atribuídos às IRA, sendo 80% destes por pneumonia. Entre 2000 e 2007, houve redução de 18% nas hospitalizações por pneumonia clínica em menores de 1 ano, e de 27% entre 1 e 4 anos, ainda que a proporção de hospitalização por esta causa tenha se mantido estável no período (27%). Entretanto, os custos com as hospitalizações cresceram, atingindo R\$ 189 milhões e 20,5% dos gastos com hospitalização em menores de 5 anos. O número de óbitos decresceu, mas a proporção de óbitos por pneumonia clínica manteve-se estável, constituindo-se na segunda causa de óbitos em grande parte das Unidades Federadas. Em indígenas no Sul e Sudeste do Brasil, as taxas anuais de mortalidade em menores de 5 anos (54,8/1.000) e em menores de 1 ano (35,6/1.000) superam em 2,8 vezes e em 84,4% as taxas correspondentes no Brasil, com 85,7% dos óbitos infantis concentrados no período pós-neonatal. O risco de morte por IRA responde por mais da metade do risco de morte por todas as causas em indígenas menores de 5 anos<sup>24</sup>.

O Brasil caminha para alcançar a meta da Declaração do Milênio de reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade em menores de 5 anos até 2015. Entretanto, os indicadores médios de mortalidade na infância mascaram iniquidades entre grupos que compõem a sociedade nacional, seja pelo recorte regional, étnico-

racial ou socioeconômico. Outro aspecto relevante é que a redução da mortalidade implica o provável incremento dos impactos da morbidade por IRA sobre o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo das crianças, com repercussões ao longo da vida. Ainda que o Ministério da Saúde fomenta a atenção integral à saúde materno-infantil, com ampliação da Estratégia Saúde da Família, Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI, AIDPI-Neonatal) e Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste- Amazônia Legal, entre outros, a persistência das IRAS entre as principais causas de morbimortalidade da população brasileira, as desigualdades no acesso à saúde, a inexistência de vacinas para prevenir o espectro de agentes infecciosos nas IRAS, bem como a complexidade e os efeitos de longo prazo das intervenções sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, situam as IRA como um problema de saúde pública contemporâneo, suscitando priorização dos serviços de saúde, formuladores de políticas e pesquisadores das áreas de doenças transmissíveis e de inovações tecnológicas em saúde<sup>25</sup>.

Com as medidas preventivas mudaremos a situação. Estas incluem: Imunização (Incluindo difteria, sarampo, coqueluche, e influenza), melhorando a nutrição infantil (especialmente a amamentação exclusiva durante os primeiros 4 - 6 meses), redução da contaminação do ar interior, evitar a exposição ao frio excessivo durante os primeiros meses de vida. Enquanto cautela é a chave para o futuro, a prioridade em curto prazo é o de reconhecer as infecções respiratórias agudas, especificamente a pneumonias e tratar precocemente, antes que seja particularmente mortal<sup>26</sup>.

Dada a natureza e magnitude dos países problemáticos têm feito esforços para programar atividades de controle de Infecções Respiratórias Agudas. A maioria deles destina-se, em primeiro lugar, para reduzir as mortes por pneumonia em crianças menores de 5 anos, e a outra, para reduzir o uso excessivo e inadequado de antibióticos para o tratamento de infecções respiratórias agudas<sup>27</sup>.

Também podemos dizer e que a oficina Pan-Americana da Saúde enfatiza que o padrão de vida nas zonas rurais e urbanas, o nível socioeconômico, a escolaridade dos pais, condições de vida e de habitação a superlotação, ventilação deficiente, mudanças bruscas de temperatura, contaminação ambiental e tabagismo dos pais e conviventes (tabagismo passivo), altas concentrações de fumaça e substâncias gasosas corrosivas, desnutrição, imaturidade imunológica das crianças, entre outros são fatores de risco das infecções respiratórias agudas e estão sempre presentes em maior ou menor grau<sup>28</sup>.

Entre as medidas tomadas para reduzir a morbidade e mortalidade por estas doenças são aquelas atividades educacionais visando a formação na detecção

de sintomas e manejo dessas doenças às mães de menores de idade. Na abordagem atual para a promoção da saúde que aumenta a necessidade de combinar diversas atividades educativas com a população como a promoção e implementação de políticas públicas que visem melhorar as condições de vida das pessoas. Este artigo discute as características ideais exigidas para a educação em saúde no contexto da promoção da saúde e da política pública que deve promover, no caso específico das infecções respiratórias agudas<sup>29</sup>.

Apesar dos esforços que estão sendo feitos no Brasil, em Cuba e no mundo inteiro para reduzir a mortalidade e morbidade por infecções respiratórias agudas, estas continuam a representar um problema de saúde e ocupar um dos primeiros pontos de hospitalização em crianças com menos de cinco em países em desenvolvimento, especialmente questão de saúde pública, é uma pesada carga social e econômica, tanto na vida humana e no custo do fardo médico e hospitalar<sup>30-31</sup>.

Na prática médica na unidade básica de saúde José de Souza Brandão, de Rio negro em Mato Grosso Do Sul, foi diagnosticado um grande número destas infecções, além de entrevistas com as mães, foi notado a falta de conhecimento delas e responsáveis das crianças sobre as infecções respiratórias agudas, que nos levou a realizar um estudo de intervenção educativa com as mães de crianças menores de 5 anos, para aumentar seu conhecimento sobre essas infecções e com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade produtos destas, uma vez que temos detectado que uma das razões mais frequentes de consulta das crianças menores de 5 anos são as infecções respiratórias agudas, que ocupa o primeiro lugar na morbidade de doenças transmissíveis, devido principalmente aos fatores de risco de as infecções respiratórias agudas que estão presentes na maioria das famílias da comunidade influenciada por muita baixa escolaridade e condições socioeconômicas e geográficas, por esta razão será realizada uma intervenção educacional para melhorar este problema de saúde.

## **1.2 Objetivo geral:**

Avaliar a eficácia da intervenção educativa sobre o conhecimento das infecções respiratórias agudas em mães com crianças menores de 5 anos na ESF Urbano através de um questionário aplicado antes e após da intervenção.

## 2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Será feito um projeto de intervenção educativa sobre a prevenção de infecções respiratórias agudas (IRA) em mães de crianças menores de 5 anos de idade, pertencente à ESF Urbano da unidade básica de saúde, localizada no município de Rio Negro, MS, no período de 15 de julho à 15 de dezembro de 2014, a fim de avaliar o conhecimento sobre as infecções respiratórias agudas (IRA), entre as mães com crianças menores de 5 anos, através de uma série de atividades de intervenção educativa. Serão 40 mães escolhidas aleatoriamente, com variáveis relacionadas a infecções respiratórias agudas e também tendo em conta o desconhecimento sobre o assunto.

Após a obtenção dos dados primários, que foi o total das mães com crianças menores de 5 anos da ESF Urbano, obtido mediante as mães que acudiam a consultas com seus filhos menores de 5 anos para atendimento por infecções respiratórias agudas, as mães que levavam as crianças para consultas de puericultura e as encontradas em visita domiciliar, com ajuda dos agentes comunitários de saúde e restante da equipe de saúde, para as quais será explicado o projeto de intervenção e sua aprovação para participar no mesmo.

Logo começará a capacitação das mães escolhidas que será feita no horário vespertino com uma hora de duração de terça a sexta.

Compararemos os resultados obtidos através de um questionamento que será aplicado antes e após a intervenção educativa, demonstrando ao respeito, comparados e recomendados para manter um sistema ativo de intervenção comunitária em infecções respiratórias agudas em atenção primária de saúde e dar continuidade ao nosso projeto a partir de uma visão mais holística para alcançar uma redução da morbidade e mortalidade por infecções respiratórias agudas em nossa unidade básica de saúde e na cidade, estado e país e assim contribuir para a melhora dos indicadores de saúde e punindo em prática que a verdadeira medicina não é a que cura, mas sim a que previne.

Serão escolhidas 40 mães aleatoriamente que preencherem os critérios de inclusão, estes estão listados abaixo, tendo em conta a importância de fornecer conhecimento.

Os critérios de inclusão será vontade por parte das mães em participar da investigação e as que não tiverem qualquer deficiência física ou mental que as impeça de participar de atividades educativas; e os critérios de exclusão serão mães que apresentem algum impedimento físico para participar das atividades educativas; os critérios de saída as mães que não conseguem assistir a uma sessão da intervenção, e as mães que não iria voluntariamente permanecem no estudo após de começar com a capacitação.

Serão realizados quatro grupos pequenos de 10 mães no total, para facilitar a aprendizagem entre elas. Cada grupo terá um encontro semanal durante oito semanas.

As informações serão obtidas através de um questionário às mães de crianças menores de 5 anos, e por isso uma guia de perguntas estruturadas (Apêndice II) foi elaborado de acordo com a investigação que nos propusemos. As variáveis registradas no estudo são do tipo qualitativo, como conhecimento sobre as infecções respiratórias agudas, a presença de sinais e sintomas, prevenção, complicações, educação e profissão, e de tipo quantitativa como a idade.

Operacionalização de variáveis temos Idade; Escolaridade, como ensino fundamental, ensino médio, nível técnico, e ensino superior; Ocupação como dona de casa, trabalhadoras, e estudantes. Para determinar o nível de conhecimento sobre as infecções respiratórias agudas (IRA) e características socioculturais das mães que serão incluídas no projeto de intervenção será aplicado um questionário (Apêndice II), individualmente, após a aprovação da mesma em instalações adequadas e que reúna as condições necessárias à realização dessa atividade.

O questionário é composto por cinco perguntas que incluem aspectos fundamentais de infecções respiratórias agudas. (Apêndice II).

Ao mesmo será dado um total de 100 pontos, distribuídos em 20 pontos para cada questão. Para a realização da avaliação constitui-se de uma chave da seguinte forma:

Pergunta 1: Respostas apropriadas: Cláusulas marcado (a-b-c-d-e-f-g-i).

Respostas inadequadas (H, J).

Pontuação: 2 pontos para cada resposta certa.

Aprovada a pergunta: Se o resultado for maior ou igual a 14 pontos.

Pergunta 2: Respostas apropriadas: Cláusulas marcado (a-b-e).

Respostas inapropriadas (c-d).

Pontuação: 4 pontos para cada resposta certa.

Aprovada a pergunta: Se o resultado for maior ou igual a 12 pontos.

Pergunta 3: Respostas apropriadas: Cláusulas marcado (a-b-d-f-g-j).

Respostas inadequadas (c-e-h-l).

Pontuação: 2 pontos para cada respostas certa.

Aprovada a pergunta: Se o resultado for maior ou igual a 12 pontos.

Pergunta 4: Respostas apropriadas: Cláusulas marcado (c-d-e).

Respostas inadequadas: (a-b).

Pontuação: 4 pontos para cada respostas certa.

Aprovada a pergunta: Se o resultado for maior ou igual a 12 pontos.

Pergunta 5: Respostas apropriadas: Cláusulas marcado (e).

Respostas inapropriadas (a-b-c-d).

Pontuação: 20 pontos por inciso e.

Aprovada a pergunta: Só se você optar por o inciso e.

Então, considera-se:

Conhecimento adequado: Se obtiver uma nota igual ou maior de 70 ou mais pontos.

Conhecimento inadequado: Se obtiver uma nota final inferior a 70 pontos.

Para a realização desta etapa da intervenção as mães serão divididas em quatro grupos, trabalhando com a equipe de saúde com uma frequência semanal, durante os meses de Julho à dezembro de 2014. As sessões durarão uma hora. Serão realizadas no período vespertino, onde são dadas às mães informações detalhadas sobre os principais aspectos relevantes das infecções respiratórias agudas.

As intervenções terão as seguintes finalidades:

Habilitar a criação de espaços de reflexão em grupo, colocando o grupo como o principal agente de mudança, neste caso, a aquisição de conhecimentos suficiente e correção de conhecimento insuficiente, mitos e tabus, etc. sobre as infecções respiratórias agudas.

Fornecer elementos de análise às mães que podem melhorar o seu papel de liderança pessoal na família e na comunidade.

Por isso, foi realizado o seguinte plano temático:

Sessão 1 "Apresentação e avaliação inicial."

Sessão 2 "Comportamento epidemiológico das infecções respiratórias agudas."

Sessão 3 "Características gerais das infecções respiratórias agudas."

Sessão 4 "Quadro clínico das infecções respiratórias agudas."

Sessão 5 "Complicações das infecções respiratórias agudas."

Sessão 6 "Prevenção das infecções respiratórias agudas."



Sessão 7 "Tratamento das infecções respiratórias agudas."

Sessão 8 "Avaliação e resultados.

Plano Analítico.

### Sessão 1.

Tema: Apresentação e avaliação inicial.

Objetivos: Apresentação e avaliação (primeira aplicação do questionário). Uma atmosfera de confiança e desinibição será criada através da apresentação dinâmica e animação "Pátio de Vizinhos". Explicação da atividade (intervenção) que o grupo irá desenvolver e avaliar as expectativas de que as mesmas causam e as primeiras ansiedades do grupo. Aplicação do questionário dando às mães as instruções para o preenchimento.

### Sessão 2.

Tema: Comportamento epidemiológico das infecções respiratórias agudas.

Objetivo: Conceituar claramente as Infecções Respiratórias Agudas, sensibilizar as mães para a ameaça que representa para os seus filhos as IRAS.

Técnica participativa: Chuva de ideias: Será realizado a fim de identificar as principais preocupações das mães sobre o assunto, o que permitirá uma melhor abordagem dos temas para a realização de outras atividades e para desenvolver e facilitar a comunicação entre coordenadores e mães.

### Sessão 3.

Tema: Características gerais das infecções respiratórias agudas.

Objetivo: Proporcionar conhecimentos básicos e gerais sobre os principais microrganismos que afetam diferentes partes das vias aéreas.

Técnicas participativas: Chuva de ideias.

Jogo de feche: "Jogo de zero e cruz: duas equipes que serão organizadas, respondendo às perguntas corretamente coloca-se uma cruz ou um zero na errada".

#### Sessão 4.

Tema: Quadro clínico das infecções respiratórias agudas.

Objetivo: Identificação da sintomatologia das infecções respiratórias agudas por as mães das crianças.

Técnicas participativas: Chuvas de ideias.

Jogo de feche. O correio: Um círculo com todas as cadeiras elaboradas de acordo com o número de pessoas, retirar uma destas cadeiras e o companheiro que fica em pé vai para o centro do círculo e lê uma carta supostamente para vários membros sobre as infecções respiratórias agudas.

#### Sessão 5.

Tema: Complicações das infecções respiratórias agudas.

Objetivo: Ser capaz de identificar as possíveis complicações das infecções respiratórias agudas.

Técnicas participativas: Chuva de ideias.

Jogo de feche: "A bola pergunta na." Ele passa a bola e manda parar e levá-la à mão corresponde para responder às perguntas que serão feitas.

#### Sessão 6.

Tema: Prevenção das infecções respiratórias agudas.

Objetivo: Promover medidas de prevenção das infecções respiratórias agudas em mães que estão na investigação.

Técnicas participativas: Chuvas de ideias: Através desta técnica podemos relacionar os fatores de risco com a ocorrência da doença, uma vez que interage com o indivíduo; e O Cartaz: Ele permite que o grupo opine simbolicamente sobre o assunto.

#### Sessão 7.

Tema: Tratamento das infecções respiratórias agudas.

Objetivo: Explicar como são realizadas as principais medidas de tratamento sintomático para ser realizada mais facilmente após a indicação médica e as principais pautas de tratamento farmacológico.

Técnicas participativas: O cartaz, Chuva de ideias.

Mar agitado ganhos de pescadores: O objetivo desta técnica é para investigar até onde o conhecimento se consolidou, não só sobre este assunto, mas os tópicos acima.

### Sessão 8.

Avaliação e resultados: Nesta sessão será reaplicado o questionário inicial.

Em todas as sessões os materiais são notebook, vídeo-bit, quadro, marcadores, cartaz, folhas, uma bola, lápis e questionário, e os coordenadores medico, enfermagem e técnica de enfermagem.

As mães serão avaliadas após a intervenção educativa, será aplicado novamente o questionário da fase inicial, a fim de verificar se o conhecimento ensinado foi aprendido e avaliando se pelos critérios acima mencionados.

Um resumo e apresentação das informações serão feito após os dados serem processados usando a prova de validação estadística do teste de probabilidades exatas de McNemar, para a significação de mudanças sobre o exercício serão utilizados a prova de homogeneidade do x-quadrado, ambos com um nível de significância de 1%. Os resultados serão dispostos em tabelas criadas para este fim.

Avaliação será quando o resultado da estatística calculada resulte sendo 0,01 houve uma diferença estatisticamente muito significativa, e quando o resultado da estatística é maior do que 0,05, não houve diferença estatisticamente significativa, com uma margem de erro de 0,05%.

### **3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social<sup>32</sup>.

As Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde<sup>32</sup>.

As infecções respiratórias agudas podem ser complicadas pela demora em procurar ajuda médica, o erro diagnóstico, prescrição inadequada de medicamentos ou falta de conhecimento em mães das crianças<sup>1</sup>.

Pela análise da Tabela 1 mostra-se que o nível de conhecimento geral sobre as infecções respiratórias agudas (IRA) das mães se comportou como se segue, antes da intervenção educativa teve conhecimento inadequado 87,5% das mães e que após a conclusão do mesmo 92,5% eram capazes de ter um conhecimento adequado, uma vez que 91,5% do inapropriado modificá-lo para esta categoria, por o que as alterações são significativas.

**Tabela 1. Conhecimentos gerais das mães sobre as infecções respiratórias agudas antes e depois da intervenção.**

<b>Antes</b>	<b>Depois</b>					
	<b>Adequado</b>		<b>Não adequado</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%*</b>	<b>Nº</b>	<b>%*</b>	<b>Nº</b>	<b>%**</b>
<b>Adequado</b>	5	100	0	0.0	5	12.5
<b>Não adequado</b>	32	91.5	3	8.5	35	87.5
<b>Total</b>	37	92.5	3	7.5	40	100

Fonte: Enquete a/

\* Calculado em base ao total de antes.

\*\* Calculado em base ao total.

As infecções respiratórias incluem uma ampla gama e são a causa mais comum de uma consulta de clínica geral. Quando um paciente vai ao médico com febre e tosse, com ou não expectoração, a possibilidade de uma doença infecciosa aguda do aparelho respiratório em geral, é o primeiro diagnóstico a ser considerado. O processo pode ser localizado nas vias aéreas superiores na inferior, no parênquima pulmonar ou estender-se por toda a árvore respiratória, e será a história cuidadosa, o exame físico detalhado e muitas vezes os exames complementares, a fim de definir quais variedades estão presentes em cada caso<sup>12</sup>.

Do ponto de vista etiológico são mais de 200 vírus, 30 bactérias e alguns fungos e parasitas os responsáveis por estes quadros, que em grandes números evoluem espontaneamente por um curto período de tempo, pelo

esforço para investigar o agente etiológico devem ser realizados na ordem epidemiológica ou terapêutico tem importância<sup>13</sup>.

Sobre o conhecimento dos sinais e sintomas das infecções respiratórias agudas, na Tabela 2, obteve-se o seguinte comportamento, apenas 12,5% antes da intervenção educativa teve conhecimento adequado e que depois de aplicado o mesmo 95% alcançados obter resultado semelhante, alcançadas por alterações significativas do que aqueles que tinham tido conhecimento inadequado para atingir 94,3% desse grupo.

**Tabela 2. Conhecimentos das mães sobre os sintomas e sinais das infecções respiratórias agudas antes e depois da Intervenção.**

<b>Antes</b>	<b>Depois</b>					
	<b>Adequado</b>		<b>Nao adequado</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%*</b>	<b>Nº</b>	<b>%*</b>	<b>Nº</b>	<b>%**</b>
<b>Adequado</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>12.5</b>
<b>Nao adequado</b>	<b>33</b>	<b>94.3</b>	<b>2</b>	<b>5.7</b>	<b>35</b>	<b>87.5</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>95</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: Enquete a/

\* Calculado em base ao total de antes.

\*\* Calculado em base ao total.

Como afirmado pelos autores<sup>13</sup>, destaca-se a importância e a necessidade do conhecimento dos sintomas, complicações e outros aspectos das infecções respiratórias agudas por as mães das crianças pequenas (que são juntamente

com os idosos os mais vulneráveis), então venha de forma precoce para receber cuidados médicos.

Nossos resultados concordam com os relatados por González Ochoa, citado por Maria Isabel<sup>34</sup>, onde o conhecimento das mães sobre sinais e sintomas de infecções respiratórias agudas após a capacitação apresentaram uma melhoria nas respostas aceitadas.

Dada a importância do conhecimento das mães sobre as complicações da infecção respiratória aguda e devido à alta taxa de mortalidade que oferecem a mesma foi observado (Tabela 3) que 92,5% tinham conhecimentos inadequados antes da intervenção educacional, mas não foram assim em seguida que culminou a comunicação já que o 97,5% obteve um conhecimento adequado, dado que 97,3% dos inadequados mudaram de categoria, de modo que eles são significativos.

**Tabela 3. Conhecimentos das mães sobre as complicações das infecções respiratórias agudas antes e depois da Intervenção.**

Antes	Depois					
	Adequado		Não adequado		Total	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%**
Adequado	3	100	-	-	3	7.5
Não adequado	36	97.3	1	2.7	37	92.5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>97.5</b>	<b>1</b>	<b>2.5</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: Enquete a/

\* Calculado em base ao total de antes.

\*\* Calculado em base ao total.

Este conhecimento permite que as mães estejam conscientes das complicações que podem apresentar os seus filhos de uma infecção respiratória aguda, e permitirá a partir de agora de cuidados médicos mais oportunos contra qualquer sintoma ou sinais de uma complicação de infecções respiratórias agudas.

Os grupos de alto risco<sup>13</sup> são aqueles em que as complicações das infecções respiratórias agudas podem ser graves e são os que têm mais de 60 anos, crianças menores de 5 anos, imunocomprometidos (diabetes, SIDA, transplantados, etc.) e aqueles com doença grave anterior especialmente respiratória (enfisema, bronquite, etc.) ou cardíaca (infarto do miocárdio, valvulopatias e insuficiência etc.).

Se for importante o tratamento adequado e oportuno das infecções respiratórias agudas, muito mais importantes são as medidas tomadas para evitar ou prevenir as mesmas, se atuou sobre os fatores de risco aqui no Brasil, em nossa comunidade o principal fator que promove a transmissão dessas doenças é a superlotação, especialmente em casa, o que aumenta a taxa de transmissão e promove a infecção em crianças nos primeiros anos de vida, sobre esse tema há suficiente informação para dizer que a exposição perto, especialmente na família é um fator de risco para aquisição da infecção, é por isso que ter uma pessoa doente em uma casa com a superlotação favorece a infecção<sup>20</sup>.

Explorando o conhecimento que tinham as mães (tabela 4), foi observado no início que apenas 40% tinham conhecimento adequado e que depois da intervenção foi alcançado em todas as mães (100%) o conhecimento necessário para a prevenção das infecções respiratórias agudas, o que resulta por ela para trabalhar no universo e influenciar na diminuição da incidência desta condição.

**Tabela 4. Conhecimentos das mães sobre a prevenção das infecções respiratórias agudas antes e depois da Intervenção.**



<b>Antes</b>	<b>Depois</b>					
	<b>Adequado</b>		<b>Não adequado</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%*</b>	<b>Nº</b>	<b>%*</b>	<b>Nº</b>	<b>%**</b>
<b>Adequado</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
<b>Não adequado</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>24</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: Enquete a/

\* Calculado em base ao total de antes.

\*\* Calculado em base ao total.

Entre as infecções respiratórias agudas têm uma das mais comuns que é a gripe ou resfriado comum, onde as crianças são o principal reservatório do vírus. A doença é transmitida pelo contato das mãos com secreções contaminadas e posteriores auto inoculação através da mucosa nasal ou conjuntival.

Os rinovírus são transmitidos de pessoa para pessoa pelo contato direto, geralmente com transmissão por gotículas infectadas. Eles podem sobreviver várias horas em objetos inanimados. Os myxoviruses (influenza, para influenza e vírus sincicial respiratório) são transmitidos por aerossóis de secreções contaminadas expelidas pela tosse ou espirro. A exposição ao frio, umidade ou correntes de ar não facilita a transmissão ou modifica o curso da infecção<sup>13,20</sup>.

É uma das causas mais comuns de consultas médicas e de ausências ao trabalho, escola, com alto custo econômico, pessoal e social.

Sabendo pelas mães desses elementos e eliminar falsas crenças e tabus sobre infecções respiratórias, para tomar medidas preventivas e cuidados

adequados, que permitirá menos doente e menos complicado para levá-los por essas medidas.

Em relação à principal via de transmissão da gripe são gotículas de Pflügge (superior a quatro micros) originários de falar, tossir ou espirrar e não muitas vezes chegar a cinco pés distâncias acima. Em fômites contaminados o vírus pode viver durante várias horas. A limpeza com lejía diluída ou álcool é recomendada<sup>25</sup>.

Atualmente, a investigação sobre os vírus da gripe estão centradas em estudos de virologia molecular, sobre como o vírus desencadeia os mecanismos patogênicos da doença, na resposta imune do hospedeiro, o genoma viral e a maneira em que o vírus propaga-se causando ondas epidêmicas. Este estudo está ajudando a desenvolver medidas mais eficazes contra o vírus; por exemplo, uma melhor compreensão da resposta imunitária do corpo ajuda o desenvolvimento de melhores vacinas, e um conhecimento detalhado de como o vírus entra nas células dianas aumenta a concepção de novas drogas antivirais. Um programa importante de pesquisa básica é a Influenza Genoma Sequenciamento Project (Projeto de Sequenciamento do Genoma do vírus da gripe), que é a criação de um banco de dados de sequências genéticas do vírus; Esse banco de dados vai ajudar a esclarecer quais os fatores que influenciam o aumento da mortalidade ou virulência de uma determinada estirpe contra o outro, quais genes estão envolvidos em diferentes imunogenicidade, e como o vírus evolui ao longo do tempo<sup>46</sup>.

Enquanto a melhor maneira é a prevenção, que Maria Isabel <sup>34</sup> confirma em sua pesquisa, quando ele diz que parece que as vacinas atualmente disponíveis não são eficazes porque não inclui esta nova estirpe e não existe imunidade cruzada entre a neogripe A e a atualmente comercializada. Daí a importância de intervenções educativas, pois frente a epidemias e de não disponibilizar de vacinas totalmente eficazes, a melhor maneira de evitar, o que só se consegue com um maior conhecimento da doença, o que é válido para qualquer infecção respiratória, e que de cumprirem-se estas medidas o contágio diminui.

Sobre o conhecimento das infecções respiratórias agudas por idade, vemos na Tabela 5, a idade de maior frequência neste grupo de mães variou entre 15 a 24 anos com 20 mães que antes da intervenção são o 47,5 % das entrevistadas que não têm o conhecimento adequado, porque, como nós vimos predominou o conhecimento inadequado em todas as faixas etárias e não acontecendo assim após a culminação da intervenção, onde os seguintes resultados foram obtidos, logra-se conhecimento adequado em uma grande porcentagem de conhecimento inadequado, o que demonstra que, quando o trabalho educacional é feito com técnicas participativas é conseguido que as mães mudem para outra categoria.

**Tabela 5. Conhecimentos gerais das mães sobre As infecções respiratórias agudas antes e depois da Intervenção por idade.**

Grupos de Idades (anos)	Antes				Depois			
	Adequado		Não adequado		Adequado		Não adequado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 -24	1	2,5	19	47,5	20	50,0	0	0,0
25-34	2	5,0	13	32,5	13	32,5	2	5,0
35 ou mais	2	5,0	3	7,5	4	10,0	1	2,5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12,5</b>	<b>35</b>	<b>87,5</b>	<b>37</b>	<b>92,5</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>

Fonte: Enquete a/

Observando a Tabela 6, onde se relaciona o conhecimento das infecções respiratórias agudas e o nível de educação foi evidente que predominou em nosso universo o ensino fundamental (50%), ao fazer uma análise detalhada no conhecimento poderia saber que, antes da implementação de nossa intervenção apenas no ensino médio e o nível técnico existia um conhecimento

adequado com 2 mães (5%) após a realização de nosso trabalho podemos obter o seguinte resultado, que foi obtido um conhecimento adequado de uma grande % das mães por nível escolar, distribuído da seguinte forma: no ensino fundamental um (80%), no ensino médio (80%), com nível técnico um (92,3%), e no ensino superior meio (100%).

**Tabela 6. Conhecimentos gerais das mães sobre as infecções respiratórias agudas, antes e depois da Intervenção de acordo com o nível escolar.**

Escolaridade	Antes				Depois			
	Adequado		Não adequado		Adequado		Não adequado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ensino Fundamental.	0	0,0	20	50,0	18	45,0	2	5,0
Ensino Médio.	2	5,0	3	7,5	4	10,0	1	2,5
Nível Técnico.	2	5,0	11	27,5	13	32,5	0	0,0
Ensino Superior.	1	2,5	1	2,5	2	5,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12,5</b>	<b>35</b>	<b>87,5</b>	<b>37</b>	<b>92,5</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>

Fonte: Enquete a/

Na Tabela 7, que relaciona o nível de conhecimento das mães por ocupação, observou-se que o maior número correspondeu a donas de casa com 24 mães (60%), ao fazer uma análise dos resultados foi constatado que quase todos os grupos por ocupação, com exceção do nível profissional que não apresentamos casos, tinham um conhecimento inadequado em mais de um (85%) antes da intervenção, e em seguida, observou-se que depois da mesma ter sido conseguida que em cada grupo, houve conhecimento adequado maior (90%).

**Tabela 7. Conhecimentos gerais das mães sobre infecções respiratórias agudas, antes e depois da Intervenção por ocupação.**

Ocupação	Antes				Depois			
	Adequado		Não adequado		Adequado		Não adequado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Dona de casa.</b>	1	0,0	23	57,5	23	57,5	1	2,5
<b>Trabalhadoras.</b>	2	5,0	9	22,5	10	25,0	1	2,5
<b>Estudantes.</b>	2	5,0	3	7,5	4	10,0	1	2,5
<b>Total</b>	5	12,5	35	87,5	37	92,5	3	7,5

Fonte: Enquete a/

Quanto à análise das últimas três tabelas nos referiu que a literatura revisada não mostrou resultados semelhantes já que nenhum trabalho foi encontrado sobre este assunto feito neste país.

Em geral, observou-se que, após a realização da intervenção educacional as mães conseguiram aumentar o nível de conhecimento.

Deve-se notar que, embora as características da população feminina, que é o estudo realizado, pelo costume, nível cultural mais baixo do que a média, baixa cultura sanitária, através do trabalho realizado pela equipe de saúde, é que estes resultados são atingidos.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

À intervenção foi eficaz porque foi modificado e ampliado o conhecimento sobre as infecções respiratórias agudas em mães de crianças menores de cinco anos em nossa ESF Urbano, cumprindo-se o objetivo e alcançando uma mudança do conhecimento inadequado sobre essas doenças e, assim, reforçar as medidas preventivas e influenciar a diminuição das mesmas.

Seria bom estabelecer um sistema ativo de intervenção comunitária sobre as infecções respiratórias agudas em atenção primária, com a participação ativa do médico e enfermeira da unidade, além dos líderes formais e informais da comunidade e com o apoio do Conselho Municipal de Saúde.

## REFERÊNCIAS:

1. Álvarez Sintés R. Infecciones Respiratoria: En Álvarez SR. Temas de Medicina General Integral, La Habana, editorial Ciencias Médicas, v II, 2008: 26-82.
2. Mulholland K. Magnitude of the problem of childhood pneumonia. Lancet. 2013; 354: 590-92.
3. González Valdés JA. Las infecciones respiratorias agudas y su control. Programa respiratorio pediátrico. Centro Habana 2012.
4. Colectivo de autores. Infecciones Respiratorias Agudas. En Colectivo de autores. Pediatría T. III, 2007, La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 2007. P. 538-944.
5. Control de las infecciones respiratorias agudas. Situación actual del problema <http://www.sld.cu/sistemas-de-salud/metodologica/epidemiología.html>.  
(Acesso em 15 jun. 2014).
6. COFFIN, S. E. Bronchiolites: in patient focus. Pediatr. Clin. N. Am.; v.52, p. 1047-1052, 2005
7. Moreno A, Liñan S. Neumonías: Orientación terapéutica. Analise de Pediatría Continuada. 2005, 1(1): 235-8.
8. González Valdés JA. Las infecciones respiratorias agudas en el niño. Rev Cubana Pediatr. 2013, 85:2.
9. González JA, Abreu G, Ibargollen L. Mortalidad por neumonía en menores de 15 años, Cuba 1970-2007. Rev Cubana Pediatr. 2009, 81(Supl): 53-60.
10. Álvarez Sintés R. Epidemiologia de las Enfermedades Transmisibles: En Álvarez SR. Temas de Medicina General Integral, La Habana, editorial Ciencias Médicas, v I, 2008: 296-298.
11. Álvarez Castelló M.; Castro Almarales R.; Ado Rodríguez A.; Orta Hernández S.; Gómez Martínez M.; Álvarez Castillo MP. Infecciones respiratorias recurrentes. Algunas consideraciones. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2008. 24(1): p. 117-25.

12. Roca Goderich Reinaldo. Infecciones Respiratórias Agudas: Em Roca GR. Temas de Medicina Interna, Cuarta Edición, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, v I, 2008: 138-149.
13. WHO. Las estadísticas sanitarias mundiales 2014. Disponible en: <http://www.who.int/research/es/> (Acesso em 22 jul. 2014).
14. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. Bulletin of the World Health Organization. 2008, 86(5):408-16.
15. WHO. Under Infant mortality 2014. Disponible en: [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/) (Acesso em 24 de jul. 2014).
16. Rodríguez R, Sánchez N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínico-epidemiológicos. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/> (Acesso em 4 jul. 2014).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Formulário Terapêutico Nacional 2010. Rename 2010. 2ª edição. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010. P. 1135.
18. Lozano J.; Yanet L.; Lapadula M.; Lafaurcade M.; Burgos F.; BUDNIK I.; Herrada L. Infecciones respiratorias agudas bajas em niños: Estudio etiológico prospectivo. Rev. Chil Enf. Resp. 2008; 24: p; 107-112.
19. Talesnik E. Manual de pediatría. Diagnóstico diferencial y estudio de niños con infecciones recurrentes. Julio 2005. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/InfeccionesRecurrentes.html> (Acesso em 18 jun. 2014).
20. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2011. p. 56.
21. Jornal de Pediatria. ISSN 1676-4782. Volume 87. No 2. Março/abril. 2011.
22. Duarte MG. Perfil clínico de crianças em menores de 5 anos com infecciones respiratorias agudas. J. Pediatria 2010; 76 (3): 207-12.
23. DATASUS. Ministério da saúde. (online). Brasília; 2014. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/> ( Acesso em 7. Jul. 2014).



24. Cad, Saúde Publica, A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de saúde publica. Rio de Janeiro, 26(7): 1270-1271, jul, 2010.
25. FAÇANHA, M. C.; PINHEIRO, A.C. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. Rev. Saude Publica, v. 38, n. 3, p. 346- 350, 2004.
26. Barton, T. D.; BIUMERG, E. A. Viral Pneumonias Other Than Cytomegalovirus in Transplant Recipients. Clin Chest Med.; v. 26, p. 707-720, 205.
27. Perret P., Cecilia. Tratamiento antimicrobiano abreviado de infecciones respiratórias altas em pediatria. Rev. chil. infecto. Disponible em <http://scielo.org.ar/scielo.php>.> (Acesso em 26 de jun. 2014) ISSN 0716-1018
28. Barria M.; Calvo M. Factores asociados a infecciones respiratórias dentro de los três primeros meses de vida. Rev. Chil. Pediatr. 2008; 79(3): p. 281-289.
29. Meissner, H.C. Reducing the impacto f viral respiratory infections in children. Pediatr. Clin. N. Am.; v. 52, p. 695-710, 2005.
30. CUBA/MINSAP. Programa Integral de atención y control de las IRA. Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2000.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil. Brasília. 2002.
32. Brasil. Ministério de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília \_ DF, 2012; 9.
33. Prieto Herrera Maria Eulália, Rus Duran Guadalupe, Reitor Landriu Lorena. Factores de riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años. Rev. Cubana de medicina General Integral. 2000; 16 (2): 160 – 4.
34. Mas Lobaina MI. Eficacia de la intervención sobre gripe o influenza en un consejo de salud (Trabajo para optar por el título de máster en enfermedades infecciosas) San Luis. Policlínico Docente Alberto Fernández Leon 2010. 42-56.
35. Albernaz, EP.; Menezes, A. M. B.; Cesar, J.A.; Victoria, C. G.; Barros, F. C.; Halpern, R. Fatores de risco associados á hospitalização por bronquiolite aguda no período pos neonatal. Rev. Saude Publica, v.37, n.4, p. 485-493, 2003.

36. World Lung Foundation. The acute respiratory infections atlas. New York: Book House Group Inc.; 2010. p. 18-25.
37. BASANTA , M. L. A. Laringitis Aguda (Crup). Na Esp. Pediatr; v. I, n. I, p. 55-61, 2003.
38. Principi N, Esposito S. Management of severe community-acquired pneumonia of children in developing and develop countries. Thorax. 2011, 66: 815-77.
39. Michelow IC, Olsen K, Lozano J, et al: Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children. Pediatrics 2014; 113:701-707.
40. El sistema respiratorio. Centro de Desarrollo Territorial Holguín – UCI Ecured Portable v1.5 2011-2012.
41. McIntosh K: Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med 2012, 346:429-437.
42. Benguigui Y. Resultados de las estrategias de control de las IRA. Noticias sobre IRA. 2005; 31: 68.
43. CUBA/MINSAP. Programa Nacional de Inmunizaciones. Disponible en: ["http://www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=cip"](http://www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=cip)HYPERLINK. (Acesso em 22 de jun. 2014).
44. Robaina Suárez G, Campillo Moliera R. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php> (Acesso em 26 de jun. 2014).
45. Rodríguez R, Sánchez N. Infecciones Respiratorias Agudas: Aspectos clínicos – epidemiológicos, Disponibles en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/> (Acesso em 19 de oct. de 2014).
46. Artículo. Influenza A. Virus Genome Projectat the Institute of Genomic Research. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query> (Acesso em 21 de oct. de 2014).

## **APÊNDICE**

### **Apêndice I**

Ata de consentimento informado.

Estimada Mãe:

As infecções respiratórias agudas são uma das doenças mais comuns de crianças aqui em nossa comunidade, na nossa região, cidade e país e é uma das principais causas de morte em crianças menores de 5 anos.

Por isso, o médico e o enfermeiro de sua comunidade prepararam uma série de atividades para abordar os principais aspectos de infecções respiratórias.

Nosso projeto busca puramente o objetivo científico e educacional.

Vai ser muito benéfico para você e para a saúde de seu filho saber tudo o que será orientado na mesma.

Se você concordar em participar e colaborar com o nosso trabalho favor assinar na linha no final.

Obrigada.

---

## Apêndice II.

### Questionário.

Conhecimento de infecções respiratórias agudas e as características socioculturais das mães.

Nome: \_\_\_\_\_

Área Urbana: \_\_\_\_\_.

Idade: \_\_\_\_\_ De 15 – 24 anos.

\_\_\_\_\_ De 25 – 34 anos.

\_\_\_\_\_ De 35 e mais.

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Fundamental.

\_\_\_\_\_ Médio.

\_\_\_\_\_ Nível técnico.

\_\_\_\_\_ Superior.

Ocupação: \_\_\_\_\_ Donas de casa.

\_\_\_\_\_ Estudante.

\_\_\_\_\_ Trabalhadora.

### Perguntas.

1. Dentre as seguintes, marcar quais vocês considere que sejam infecções respiratórias:

a) \_\_\_\_\_ Gripe. f) \_\_\_\_\_ pneumonia.

b) \_\_\_\_\_ amigdalite. g) \_\_\_\_\_ bronquite.

c) \_\_\_\_\_ faringite. h) \_\_\_\_\_ gastrite.

d) \_\_\_\_\_ Sinusite. I) \_\_\_\_\_ laringite.

e) \_\_\_\_\_ bronquiolite. J) \_\_\_\_\_ meningoencefalite.

2. Coloque um x os elementos que indicam que uma criança tem infecção respiratória.

- a) \_\_\_\_\_ Tosse.
- b) \_\_\_\_\_ Secreção nasal.
- c) \_\_\_\_\_ vomitando sangue.
- d) \_\_\_\_\_ dor abdominal.
- e) \_\_\_\_\_ Falta de ar.

3. Dos seguintes elementos, marcar com um x quais ajudam a prevenir infecções respiratórias.

- a) \_\_\_\_\_ Manter ventilação adequada em casa.
- b) \_\_\_\_\_ Retirar o hábito de fumar no quarto das crianças.
- c) \_\_\_\_\_ Manter o uso de sapatos e roupas na criança (apenas em caso de sair de casa).
- d) \_\_\_\_\_ adequado estado nutricional das crianças.
- e) \_\_\_\_\_ As crianças devem tomar xaropes quando tem tosse e nos meses de inverno.
- f) \_\_\_\_\_ Retirar o pó da casa e seus arredores.
- g) \_\_\_\_\_ Isolamento das pessoas com uma infecção respiratória.
- h) \_\_\_\_\_ Lavar bem as frutas e vegeta lês.
- i) \_\_\_\_\_ Ferver a água de tomar.
- j) \_\_\_\_\_ Diminuir a contaminação ambiental.

4. Das seguintes afirmações, selecionar qual você considera serem complicações das infecções respiratórias agudas.

- a) \_\_\_\_\_ Sangramento digestivo.
- b) \_\_\_\_\_ Gastrite aguda.
- c) \_\_\_\_\_ Anemia.
- d) \_\_\_\_\_ abscesso pulmonar.
- e) \_\_\_\_\_ Derrame pleural.

5. Se você suspeita que seu filho tem uma infecção respiratória. O que faz?

- a) \_\_\_\_\_ Banhos com água morna.
- b) \_\_\_\_\_ Eu dou chá ou remédios caseiros.

- c) \_\_\_\_\_ Deve tomar antibióticos durante sete dias.
- d) \_\_\_\_\_ Eu cozinho bem o leite e comida dele.
- e) \_\_\_\_\_ Eu levo ao médico o mais rápido possível.